

ដោយតាមការចុះហត្ថលេខានេះ, អ្នកយល់ព្រមចូលរួមនៅក្នុង _____ កម្មវិធីហិរញ្ញវត្ថុ (Health Home)

ដាក់ឈ្មោះ: កម្មវិធី Health Home ដែលអាចទទួលបាន

អ្នកផ្គត់ផ្គង់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក និង បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនៅក្នុងការមើលថែទាំអ្នក និងត្រូវបានជំរុញឱ្យយកចិត្តទុកដាក់ការមើលថែខ្លួនអ្នក។ ពួកគេព្រមទាំងថែកំរែលកតំមានទៅវិញទៅមក ដើម្បីផ្តល់ការមើលថែដ៏ល្អប្រសើរ។ អ្នកនឹងទទួលបានការគ្រប់គ្រងការមើលថែសុខភាពទៅតាមពេលវេលាដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី មេឌីខែដ បើសិនជាអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទំរង់នេះ រឺ មិនចង់ចូលទៅកាន់កម្មវិធីហិរញ្ញវត្ថុ(Health Home)ទេ។

បើសិនជាអ្នកយល់ព្រម និង ចុះហត្ថលេខាលើទំរង់នេះ Health Home និង អ្នកផ្គត់ផ្គង់វិជ្ជាជីវៈ ដែលបានរាយឈ្មោះនៅលើទំរង់នេះត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតិដោយទទួលបាន មើលឃើញ អាន ចំលង និង ថែកំរែលករវាងគ្នា និង គ្មានរាល់ព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីដោះស្រាយ ការមើលថែ និង ការចូលរួមមើលថែរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាន មើលឃើញ អាន ចំលង និង ថែកំរែលកប្រហែលជាមុនពេល និង បន្ទាប់ពីការចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកនៅលើទំរង់នេះ។ របាយការណ៍សុខភាពរបស់អ្នកអាចនឹងមានព័ត៌មានស្តីអំពី ជំងឺ រឺ របួសដែលអ្នកធ្លាប់មានពីមុនមក; លទ្ធផលតេស្ត ដូចជា ឆ្លុះ x-rays, រឺ ការធ្វើតេស្តឈាម; សេវាកម្ម និង ការខ្វះខាតមិនមែនសុខភាពរបស់អ្នកកំពុងទទួលបាន; និង ថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ រឺ ធ្លាប់ប្រើប្រាស់ពីមុនមក។

សូមចំណាំ: បើសិនជាបាយការណ៍សុខភាពរបស់អ្នកមិនត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់បុគ្គលនេះ, អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះដើម្បីបូកបញ្ចូលរបាយការណ៍ទាំងនេះផងដែរ។
ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតិរបស់ខ្ញុំដើម្បីដាក់របាយការណ៍ទាំងនេះនៅក្នុងសំបុត្រ(តួសលើប្រអប់មួយណាដែលតំណាង)
 សុខភាពសតិអារម្មណ៍ ការព្យាបាល ការវិភាគស្វែងរករោគ និង លទ្ធផលតេស្តជំងឺឆ្លងពីការរួមភេទ និង ជំងឺអេដស៍
** ត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទបញ្ចេញព័ត៌មាន (ROI) ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់សេវាពិនិត្យសារធាតុគីមី
 ទម្រង់បែបបទ CD ROI បានបំពេញ

- កិច្ចព្រមព្រៀងមានសុពលភាព: ទៅតាមពេលវេលា Health Home ត្រូវការរបាយការណ៍របស់ខ្ញុំសំរាប់កម្មវិធីនេះ រឺ រហូតដល់ _____ (កាលបរិច្ឆេទ រឺ ព្រឹត្តិការណ៍)។
- ខ្ញុំអាចលុបចោល រឺ ដកចេញកិច្ចព្រមព្រៀងនេះគ្រប់ពេលវេលា ដោយការសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប៉ុន្តែវានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលបានថែកំរែលកហើយនោះទេ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា រាល់ព័ត៌មានដែលបានថែកំរែលកក្រោមកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ នឹងអាចមិនបានការការព្រមព្រាបប្រាប់ដែលអនុវត្តនៅក្នុង មេឌីខែដ និង ក្រសួងកិច្ចការសង្គម និង សេវាសុខាភិបាល(DSHS)។ ច្បាប់ចំលងនៃទំរង់នេះផ្តល់ឱ្យអ្នកដើម្បីដោះស្រាយសិទ្ធិអនុញ្ញាតិរបស់ខ្ញុំដើម្បីថែកំរែលករបាយការណ៍ទាំងនោះ។

ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាការសំងាត់ និង មិនអាចផ្តល់ទៅដោយបុគ្គលផ្សេងទៀតដោយមិនបានអនុញ្ញាតិក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនបានទេ។ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ រឺ ដៃគូដែលអាចទទួលបាន និង មើលឃើញ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់ទាំងនេះ។ ពួកគេមិនអាចដោយព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅកាន់បុគ្គលផ្សេងទៀតបានទេ លុះត្រាតែអ្នកយល់ព្រម រឺ ច្បាប់និយាយថាពួកគេអាចផ្តល់ព័ត៌មាននោះទៅកាន់អ្នកដទៃ។ នេះគឺជាការពិតបើសិនជាព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនៅលើប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ រឺ នៅលើក្រដាស។ មានច្បាប់ខ្លះចំពោះការមើលថែសំរាប់របាយការណ៍សុខភាពសតិអារម្មណ៍ ជំងឺអេដស៍ និង ការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន រឺ គ្រឿងស្រវឹង។ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ រឺ ដៃគូដែលអាចទទួលបាន និង មើលឃើញ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់ទាំងនេះ។

សូមអានរាល់ព័ត៌មានទាំងឡាយនៅលើទំរង់នេះ មុនពេលចុះហត្ថលេខា។

ខ្ញុំយល់ព្រម ចូលរួមនៅក្នុង _____ Health Home និង យល់ព្រមថា ហិរញ្ញវត្ថុអាចទទួលបានរាល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ រឺ ដៃគូដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុងទំរង់នេះដើម្បីផ្តល់ការមើលថែ និង គ្រប់គ្រងការមើលថែមកដោយខ្ញុំ និង ស្វែងរកមើលបើសិនជាខ្ញុំស្ថិតនៅ ក្នុងគំរោងសុខភាពណាមួយ។ ខ្ញុំព្រមទាំងយល់ព្រមថា ហិរញ្ញវត្ថុ និង អ្នកផ្គត់ផ្គង់ រឺ ដៃគូដែលរាយឈ្មោះនៅក្នុងទំរង់នេះ អាចថែកំរែលកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅវិញទៅមក និង ទៅកាន់អ្នកផ្គត់ផ្គង់ រឺ ដៃគូផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងក្នុងការមើលថែ និង គ្រប់គ្រង ការមើលថែមកដោយខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ទំរង់កិច្ចព្រមព្រៀងនេះអាចដាក់ជំនួសលើទំរង់កិច្ចព្រមព្រៀងថែកំរែលកព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងទៀត ខ្ញុំប្រហែលជាអាចចុះហត្ថលេខាគ្រប់ពេលវេលាដោយចុះហត្ថលេខា ទំរង់កិច្ច ព្រមព្រៀងដកចេញ និង ដោយទៅកាន់ភ្នាក់ងារ ហិរញ្ញវត្ថុដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ដាក់ឈ្មោះ: អ្នកទទួលបានគុនប្រយោជន៍ _____ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត អ្នកទទួលបានគុនប្រយោជន៍ _____

ហត្ថលេខា អ្នកទទួលបានគុនប្រយោជន៍ រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ដាក់ឈ្មោះ: អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ(បើសិនជាមាន) _____ ទំនាក់ទំនងអ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិទៅកាន់អ្នកទទួលបានគុនប្រយោជន៍ _____

ព័ត៌មានលំអិតពី ដំណើរការកិច្ចព្រមព្រៀង និង ការចែករំលែកព័ត៌មាន:

1. តើអ្នកផ្គត់ផ្គង់ វិ វេជ្ជ រឺ ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដោយរបៀបណា?

អ្នកផ្គត់ផ្គង់ វិ វេជ្ជ រឺ ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បី អោយមានភាពប្រសើរឡើងនៃការគ្រប់គ្រងការមើលថែសុខភាពរបស់អ្នក បើសិនជាអ្នកយល់ព្រម។

2. តើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំចេញមកពីណា?

ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកចេញពី កន្លែង និង បុគ្គលដែលធ្លាប់ផ្តល់ការមើលថែសុខភាពទៅអោយអ្នក រឺ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកធុនមក។ ស្ថាប័នទាំងនេះមានដូចជា មន្ទីរពេទ្យ គ្រូពេទ្យ ឱសថការី បន្ទប់ពិសោធន៍ គំរោងសុខភាព កម្មវិធីមេឌីខេដ និង ក្រុមដទៃទៀតដែលចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីរាយការណ៍កន្លែង និង បុគ្គលទាំងនោះដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់ អ្នកសំរសំរួលមើលថែរបស់អ្នក។

3. តើច្បាប់ និង បទបញ្ជាខ្លះដែលធានាថាព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដែលបានចែករំលែកនោះ ?

ច្បាប់ និង បទបញ្ជាទាំងនេះរួមបញ្ចូល ច្បាប់សំនាត់របស់ សហព័ន្ធ និង រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន RCW 71.05.630, RCW70.24.105, 42 CFR 2.31(a)(5), និង 45 CFR រក្ខ 160 និង 164 ដែលជាច្បាប់សំដៅទៅ “HIPAA,” និង 42 CFR រក្ខ 2។

4. តើអ្នកណាខ្លះដែលទទួលបាន និង មើលឃើញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ បើសិនជាខ្ញុំយល់ព្រម?

បុគ្គលដែលអាចមើលឃើញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាបុគ្គលដែលអ្នកយល់ព្រមអាចទទួលបាន និង មើលឃើញព័ត៌មានទាំងនោះដូចជា គ្រូពេទ្យ និង បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលធ្វើការជាមួយ Health Home និង បុគ្គល ដែលទាក់ទងក្នុងការមើលថែសុខភាពរបស់អ្នក។ បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលកំពុងផ្តល់ការមើលថែទៅអោយអ្នកអាចមើលឃើញព័ត៌មានរបស់អ្នកផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការមើលថែ ពីបុគ្គលដែលមិន មែនជាអ្នកផ្គត់ផ្គង់ វិ គ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ដូចជា ឱសថការីថ្មី មន្ទីរពេទ្យថ្មី រឺ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងទៀត, ព័ត៌មានខ្លះដូចជាអ្វីដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើការបង្រៀមសំរាប់ វិ ឈ្មោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់ Health Home ដែលអាច អោយទៅអោយពួកគេ រឺ មើលឃើញដោយពួកគេ។ សំរាប់ព័ត៌មានពិនរណ៍ដែលទទួលបានព័ត៌មាន សូមមើលកំណត់ហេតុ ការអនុវត្តន៍ការសំនាត់។

5. តើបើសិនជាបុគ្គលម្នាក់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ដោយពុំមានការអនុញ្ញាតិខ្ញុំនោះទេ?

បើសិនជាអ្នកគិតថាបុគ្គលណាមួយប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ព្រមក្នុងការអោយព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅអោយពួកគេទេ, ទូរស័ព្ទទៅអ្នកសំរសំរួលមើលថែរបស់អ្នក រឺ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល សេវាអតិថិជនជំនួយមេឌីខេដ(MACSC) ដោយទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទមិនគិតថ្លៃ 1-800-562-3022(សំរាប់អ្នកឆ្លងក្រុងច្រក 1-800-848-5429)។

6. តើកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំមានសពលភាពរយៈពេលយូរបានកិរិតណា?

កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកនឹងមានសពលភាពរហូតដល់ខ្ញុំដែលអ្នកយកកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកវិញ រឺ ចាកចេញពីកម្មវិធី Health Home រឺ Health Home ដែលដំណើរការ។

7. តើបើសិនជាខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរគំនិត និង ចង់បានកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំវិញ?

អ្នកអាចយកកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកវិញគ្រប់ពេលវេលាដោយចុះហត្ថលេខាលើ ទំរង់កិច្ចព្រមព្រៀងដកយកការចែករំលែកព័ត៌មានហិរាលហូម និង អោយវាទៅកាន់ភ្នាក់ងារ Health Home ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។ អ្នកអាចទាញយកទំរង់នេះអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ www.hca.wa.gov/medicaid/forms រឺ ទូរស័ព្ទទៅអ្នកសំរសំរួលមើលថែរបស់អ្នក រឺ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល សេវាអតិថិជនជំនួយមេឌីខេដ(MACSC) ដោយទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទមិនគិតថ្លៃ 1-800-562-3022(សំរាប់អ្នកឆ្លងក្រុងច្រក 1-800-848-5429)។ អ្នកសំរសំរួលមើលថែរបស់អ្នក នឹងជួយអ្នកបំពេញទំរង់នោះបើសិនជាអ្នកចង់។ ចំណាំ: ទោះបីជាពេលក្រោយអ្នកសំរេចចិត្តយកកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកវិញ, នោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលមានព័ត៌មានរបស់អ្នកហើយមិនចាំបាច់ប្រគល់អោយព័ត៌មានទៅអោយអ្នកវិញ រឺ យកវាចេញពីរបាយការណ៍ របស់ពួកគេទេ។

8. តើពេលណាដែលខ្ញុំទទួលបានច្បាប់ចំលង ទំរង់កិច្ចព្រមព្រៀងការចែករំលែកព័ត៌មាន ហិរាលហូម?

អ្នកអាចទទួលបានច្បាប់ចំលងនៃទំរង់នេះ បន្ទាប់ពីអ្នកចុះហត្ថលេខា។